N° 2

12

CANCER

DU PAVILLON DE L'OREILLE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Juin 1902

PAR

Pétre PÉTROFF

Né à Sevlievo (Bulgarie), le 7 octobre 1876

Pour obtenir le grade de Docteur d'Université

(MENTION MÉDECINE)



MONTPELLIER

IMPRIMERIE Gustave FIRMIN, MONTANE et SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

—

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . Doyen
FORGUE . . . . Assesseur

Professeurs

Hygiène . . . . MM.	BERTIN-SANS (✻)
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol	GRYNFELTT.
— — ch. du cours, M. Vallois.	
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✻)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✻).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC

Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements. . . . . MM.	PUECH, agrégé
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	de ROUVILLE, agr.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. VALLOIS	MM. IMBERT
RAUZIER	MOURET	BERTIN-SANS
MOITESSIER	GALAVIELLE	VEDEL
de ROUVILLE	RAYMOND	JEANBRAU
PUECH	VIRES	POUJOL

M. H. GOT, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. De ROUVILLE, *agrégé.*
FORGUE, *professeur.*	IMBERT, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON FRÈRE

CHRISTO PÉTROFF

DOCTEUR D'ADMINISTRATION DE LA FACULTÉ DE BRUXELLES

Témoignage de reconnaissance
et de profonde affection

P. PÉTROFF.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE ET A MES SŒURS

Faible témoignage de ma reconnaissance
et d'un amour sans borne.

A MES BEAUX-FRÈRES
ET A MA BELLE-SŒUR ANNA

Témoignage de profonde affection.

P. PÉTROFF.

A MON EXCELLENT AMI

M. LE DOCTEUR ANDRÉ DASCALOFF

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MONTPELLIER

P. PÉTROFF.

INTRODUCTION

Lorsque nous avons commencé nos études, dès la première visite à l'hôpital, nous avons eu l'occasion de voir, dans la salle des pansements du service de M. le professeur Tédenat, une femme avec la moitié droite de la figure toute détruite par l'épithélioma. Nous étions frappé par son aspect, ses douleurs épouvantables et, en particulier, par cette odeur si repoussante et en même temps si pénétrante, qui restera pour toujours dans notre esprit.

Plus tard, en suivant la clinique, nous fûmes frappé par les cas si variables du service et, en particulier, par les renseignements si brefs et si instructifs de notre maître, M. le professeur Tédenat.

Chirurgien d'une autorité incontestable, et d'une admirable maîtrise opératoire, il s'efforçait toujours de nous apprendre à estimer les malades, de nous attacher à leurs souffrances et enfin à faire le diagnostic précis autant que possible.

L'occasion nous a permis cela et nous avons pu nous procurer une place comme aide dans son service, que nous avons suivi régulièrement pendant huit mois. Nous n'oublierons jamais ce souvenir de nos études et nous nous rappellerons toujours les bons conseils et les meilleures

instructions qui nous ont été dictés auprès des malades pendant et après chaque opération.

Aujourd'hui, obligé de nous limiter, à notre grand regret, nous avons choisi, sur les conseils de notre maître, comme sujet de notre travail : le *cancer du pavillon de l'oreille*.

Ce sujet nous a été dicté parce qu'il est considéré par les auteurs comme une rareté ; cependant nous avons eu l'occasion de voir cinq cas pendant nos études. Ce qui nous a frappé, c'est que la maladie débute toujours silencieusement et que la lésion, considérée toujours comme bénigne par le malade, conduit aux conséquences déplorables qui résultent soit de l'imprudence de la part du malade, soit à un faux diagnostic fait par le médecin. M. le professeur Tédenat a voulu nous faire insister sur l'importance du diagnostic préventif et les conseils qui doivent être donnés par le médecin. Nous sommes heureux, par le cas personnel de notre travail si modeste, de venir insister une fois de plus sur ce que notre maître nous a appris. Nous le remercions beaucoup et nous nous souviendrons toujours, qu'en acceptant de nous faire l'honneur de présider notre thèse, il continue à nous témoigner la sympathie qu'il a toujours manifestée à notre égard.

Nous adressons nos meilleures reconnaissances à M. le professeur agrégé L. Imbert, pour les bons et sincères soins qu'il nous a prodigués pendant notre maladie (adéno-phlegmon de l'aisselle gauche) qui est venue interrompre nos études pendant les deux premiers mois de l'année 1900. Nous nous en souviendrons toujours et nous le remercions encore une fois.

Nous ne pouvons pas commencer l'exposé de notre travail sans exprimer nos grandes sympathies pour tous nos maîtres de la Faculté de médecine de Montpellier, sympa-

thies qui sont non seulement personnelles, mais de tout notre cher pays. C'est à ces maîtres, en effet, qu'il doit les meilleures instructions de deux tiers de son corps médical.

Nous divisons notre travail en six chapitres :

1° l'historique ; 2° l'étiologie ; 3° la symptomatologie ; 4° le diagnostic avec lequel nous combinons la marche et la durée de la maladie ; 5° le pronostic et 6° le traitement.

CANCER

DU PAVILLON DE L'OREILLE

HISTORIQUE

Le cancer du pavillon de l'oreille ne paraît pas, si on s'en rapporte à la littérature médicale, avoir attiré l'attention des anciens chirurgiens. Il nous a fallu, en effet, arriver à l'année 1833 pour trouver une observation publiée par les *Trans. of med. and phys. soc. of Calcutta*, t. IV, et, en mai 1834, par *the Amer. Journ.* Cette observation est du docteur Campbell, qui envoya, à la réunion du 2 mars 1833 de la Société de Calcutta, deux cancers qu'il avait enlevés des oreilles d'une femme de cet endroit. Ces tumeurs attiraient fortement le pavillon en bas, recouvraient le méat auditif et gênaient beaucoup l'audition ; elles étaient inégales, charnues, et elles ressemblaient au « mammary sarcoma ». D'après ce médecin, un grand nombre des habitants de la vallée du Nipal seraient sujets à des tumeurs analogues développées sur un des points du pavillon. On les rencontrerait surtout chez les individus affectés du goître, maladie commune dans ce pays.

Il faut ensuite arriver à 1848 pour trouver une observation publiée par Kramer dans son *Traité des maladies de l'oreille* (traduction française par Manière, Paris, 1848), sous le titre de *Dégénérescence squirrheuse du pavillon de l'oreille* (1).

En 1859, Sédillot, dans une note communiquée à l'Académie des sciences relative au traitement des cancers épithéliaux ou cancroïdes par l'application du cautère actuel, cite l'observation d'un malade qui, âgé de 55 ans, avait eu la totalité du pavillon de l'oreille détruite en moins de trois semaines par un cancroïde à marche aiguë : le conduit auditif allait être envahi lorsque ce chirurgien se hâta d'arrêter le mal en cautérisant à plusieurs reprises avec le fer rouge les parties ulcérées. Quelques années plus tard, Velpeau (dans *Gazette des hôpitaux*, 1865) publia son cas de cancroïde de l'oreille, et, en 1869, Demarquay (dans *Gazette des hôpitaux*, 1869) en donnait une nouvelle observation.

La même année, Bouisson, dans un article du *Montpellier médical* intitulé : « Amputation du pavillon de l'oreille », s'exprime ainsi :

« Pour rentrer dans une catégorie de faits plus communs et moins étudiés, nous signalerons les cancers du pavillon de l'oreille. Cette affection est moins rare que ne le ferait supposer la pénurie des descriptions qui la constatent. Nous l'avons observée bon nombre de fois, tantôt comme le résultat de propagations morbides de lésions de cette nature développées dans les environs de l'oreille, notamment dans la région parotidienne, tantôt, et c'est le point qui nous intéresse, comme provenance

(1) Sédillot. — *Comptes rendus de l'Académie des sciences,* 25 juillet 1859.

directe, ayant débuté et s'étant fixé dans la région même du pavillon. »

En même temps, il cite les observations de deux malades atteints de cancer du pavillon et guéris par l'amputation de cet organe, et il ajoute :

« Les deux observations qui précèdent et qui se rapprochent par beaucoup d'analogies peuvent servir à faire apprécier les conditions morbides les plus ordinaires qui atteignent le pavillon de l'oreille. C'est ce cancer qui représente évidemment la lésion à la fois la plus fréquente et la plus menaçante, soit qu'il débute d'emblée dans la région, soit qu'il ait été précédé d'irritations eczémateuses qui établissent une véritable disposition locale au travail thérapeutique d'où résulte le cancer. »

Comme on le voit, d'après l'habile chirurgien de Montpellier, le cancer du pavillon de l'oreille serait d'observation assez commune.

Froeltsch (1) se contente de dire que « l'épithélioma du pavillon est une maladie que l'on rencontre aussi assez fréquemment. »

Bonnelon s'exprime ainsi : « Les cancroïdes du pavillon de l'oreille ne sont pas très rares. » Et il cite les observations de Sédillot et Demarquay.

En 1876, nous rencontrons dans la *Corespond. Blatt f. Schweiz Aeste*, n° 14, p. 126, une autre observation, sous le titre de Carcinome du pavillon de l'oreille (obs. signalée dans la *Revue des sciences médicales*, t. X, p. 391). L'ablation de ce cancer a été faite par Pflüger.

En 1876, John Roosa, dans son *Traité pratique des*

(1) *Traité pratique des maladies de l'oreille*, traduit de l'allemand sur la 4me édition, 1868, par le docteur A. Kuhn, et le docteur M. Lévi. Paris, 1870.

maladies de l'oreille, publié en 1876, William Wood à New-York, cite un cas d'épithélioma du pavillon de l'oreille dans lequel le pavillon tout entier a été détruit, et il le considère comme une affection excessivement rare.

Il nous fallait arriver en 1879 pour trouver la thèse de Th.-R. Lafargue sur les *tumeurs* malignes du pavillon de l'oreille, thèse inaugurale, pour voir deux cas nouveaux d'épithélioma du pavillon de l'oreille qui se caractérisent d'une netteté incontestable.

En 1882, M. le docteur Treillet a repris la question (dans sa thèse inaugurale de Paris, 1882) en la traitant d'une façon remarquable au point de vue clinique, en se basant, en dehors des autres, sur les deux observations qui lui ont été données par notre maître, M. le professeur Tédenat.

Après cette thèse, la question n'a pas été traitée ni en France ni à l'étranger, si ce n'est que de temps en temps les auteurs ont communiqué quelques observations.

Ainsi, par exemple, si nous suivons cette question dans les littérature française et étrangère, nous trouvons dans les *Annales des maladies de l'oreille* de 1888 une observation d'épithélioma de l'oreille qu'on a enlevé chez un homme âgé, avec anesthésie locale (cocaïne); l'observation est reproduite du *Med. Record*, décembre 1886 : *Monatschrift für ohrenheilk.* 1887.

En 1889, nous trouvons une observation sur l'épithélioma du pavillon de l'oreille, Heurtaux (*Soc. Anat.* de Nantes, du 13 mars 1889 et *Gazette médicale de Nantes*, du 19 mars 1889), qui est très nette : l'auteur insiste beaucoup sur le diagnostic préventif.

Dans les *Annales des maladies de l'oreille* de 1890, n° 1, nous trouvons deux cas d'épithélioma du pavillon de l'oreille par le docteur Hamon du Fougeray (du Mans).

Dans le même journal de 1891, n° 6, nous trouvons deux cas sur le cancer du pavillon de l'oreille, par M. E. Valy (reproduites de *Pesth Med. Ch. Presse*, n° 1, 3 octobre 1890).

Dans la *Revue de laryngologie et d'otologie*, du 1[er] octobre 1892, nous trouvons trois cas d'épithélioma du pavillon de l'oreille suivis d'autoplastie, par Guermoprez et Gocheril.

En 1893 du mois d'août des *Annales des maladies de l'oreille*, le docteur Spalding (*Archiv. of Otol.*, vol. XXI, n° 13), rapporte trois cas d'épithélioma du pavillon de l'oreille. Il fait remarquer que l'épithélioma doit être beaucoup plus connu chez l'homme et qu'il n'en a jamais vu chez la femme.

Dans les *Arch. of Otol.*, n° 2, vol. XXII, le docteur Dench, de New-York, cite une douzaine d'observations d'épithélioma du pavillon de l'oreille et il en conclut qu'il a eu toutes les fois des guérisons complètes lorsqu'il a eu la chance d'opérer de bonne heure.

En 1894, dans les *Arch. ital. di Otol.*, fasc. 2, nous trouvons un cas, par Ferrari.

Dans le *Bull. de la Soc. Anat. de Paris*, fasc. 1, 1[er] juin 1897, les docteurs F. Gondray et G. Dubar présentent un homme de 27 ans, atteint d'un épithélioma pavimenteux lobulé en dégénérescence colloïde, avec des envahissements ganglionnaires.

En 1899 (n° 66 de *Polyclinique Cervera*) au premier congrès espagnol d'oto-rhino-laryngologie, à Madrid, M. le professeur C. Cempaired a présenté deux cas d'épithélioma du pavillon de l'oreille.

En dehors de tous ces cas d'épithélioma du pavillon de l'oreille, nous devons ajouter les cas observés par notre maître M. le professeur Tédenat et les cinq cas que nous

avons observés pendant nos études dans les services de M. le professeur Tédenat et M. le professeur Forgue dont pour les quatre premiers nous ne possédons pas les observations et le dernier fait l'objet de notre thèse.

Voilà tout ce que nous avons pu trouver au point de vue historique sur notre sujet et en poursuivant bien les observations nous avons calculé que la science possède sur ce sujet pas plus de 50 cas cités par les auteurs.

En consultant les statistiques citées dans la thèse de Treillet, de 1887, qui ont été faites par les auteurs, nous trouvons que cette affection est excessivement rare :

Harrisson (Recherches et statistiques sur les maladies de l'oreille, avril : Arch. Gén. de Méd., 4e série, t. XI, 1891) sur 190 cas, a observé *un seul cas de cancroïde*.

Kramer (Recherches statistiques sur les maladies de l'oreille, Berlin, 1895 (Arch. Gén. de Méd., 1e série, t. XV, 1847) sur 2.000 cas de maladies de l'oreille, trouvait 5 cas sur le pavillon dont 3 cas d'induration avec épaississement, 1 d'érysipèle et 1 abcès.

Wilde (Recherches statistiques sur les maladies de l'oreille, Arch. Gén. de Méd., 1e série, t. XVII, 1898), sur 708 observations de maladies de l'oreille, n'a pas un cas de cancer du pavillon.

A ces statistiques nous pouvons ajouter celle de Verning, de Vienne (1831) et Linche, de Leipzig (1836) qui sont tout à fait négatives, cependant le professeur Bonisson s'expliquait en disant que cette affection est assez fréquente.

Nous croyons avec notre maître M. le professeur Tédenat d'être près de la vérité, en admettant, se basant sur les dernières statistiques qui ont été faites en France

et surtout en Allemagne, que le cancer en général de jour en jour devient plus populaire pour ainsi dire et qu'on l'observe beaucoup plus souvent qu'avant, et qu'en l'espèce pour le cancer du pavillon de l'oreille on peut en dire autant.

ETIOLOGIE

L'étiologie du cancer du pavillon de l'oreille est fort obscure comme celle du cancer en général. En effet, on peut se demander pourquoi le cancer se développe-t-il ? Quelle est sa nature ? Quelles sont ses conditions favorites ? Et enfin pourquoi envahit-il l'oreille (dans notre sujet) et pas un autre organe, tant qu'il n'y a pas la moindre trace (dans certains cas) de cause occasionnelle ? A toutes ces questions on n'a jamais pu répondre au juste.

Il est évident que si l'on pouvait arriver à résoudre la question pour le cancer en général, on pourrait s'expliquer celui du cancer du pavillon de l'oreille. Nous n'avons pas la prétention de discuter une question si vaste ; non plus de poursuivre le développement de toutes les théories qui ont été faites jusqu'à présent dans un travail si limité que le nôtre ; et nous nous contenterons seulement d'énumérer quelques-unes avant de commencer à énumérer les faits cliniques.

En effet, les plus anciens avaient incriminé les émotions, les chagrins en général, etc., etc., causes dont on ne peut pas nier l'efficacité, car les dépressions nerveuses jouent dans toutes ces affections un certain rôle.

Cohnheim a fait une théorie avec laquelle il voulait faire

de la lésion cancéreuse une lésion tout à fait congénitale. Nous citerons une théorie d'origine montpelliéraine, fortement combattue dès son apparition, mais qui commence à rallier, en Allemagne surtout, quelques partisans. Nous voulons parler de la théorie qui fait du cancer une lésion parasitaire due à des sporozoaires. Que cette théorie rallie des partisans, ou qu'elle ne compte que des adversaires, elle fait grand honneur à son auteur et à notre école.

On peut citer les conclusions de Mathias Duval et Hensen que : le cancer est le frère de l'individu qui le porte.

On a pensé à une étiologie héréditaire du cancer, surtout à la grossesse gémellaire. M. le docteur Letulle et Critzman ont fait des recherches très intéressantes à ce point de vue.

En poursuivant toutes les observations jusqu'à aujourd'hui sur le cancer du pavillon de l'oreille, on peut citer les points suivants :

Que le cancer du pavillon de l'oreille se rencontre chez des gens à un âge assez avancé, de 50 à 75 ans. Bouisson cependant a cité un malade de 26 ans et Kramer un de 20 ans.

L'irritation a été incriminée, mais elle n'agit que chez l'homme, car en somme, en dehors de l'observation du docteur Campbell, de celle de Jaboulay et celle du professeur Tédenat que nous citons dans notre travail, on ne trouve nulle part l'épithélioma du pavillon de l'oreille chez la femme et que si elle existe elle est excessivement rare. Il est évident qu'on observe autant des irritations sur le pavillon chez les femmes, en se rappelant toutes ces boucles d'oreilles quelquefois très lourdes et qui produisent des ulcérations et fendent même le lobule en le tenant souvent dans un état de congestion permanente. Voilà

pourquoi plusieurs auteurs se sont demandé si la femme ne garde pas certaine immunité relative vis-à-vis du cancer du pavillon de l'oreille. Quoi qu'il en soit, chez l'homme, cette cause est incontestable, car nous voyons que dans un grand nombre de cas cliniques, la maladie débute soit par une écorchure, un traumatisme, un corps étranger dans le conduit auditif externe ou enfin par un eczéma mal soigné ou un psoriasis.

On a pensé à la possibilité de la production du cancer chez les gens à tempérament bilieux, mélancolique, à une constitution lymphatique prédisposant à cette maladie. Sans vouloir nier la possibilité de ces causes prédisposantes pour ainsi dire, nous devons citer le fait clinique, c'est que nous voyons, dans beaucoup de nos malades atteints du cancer du pavillon de l'oreille, la maladie attaquer des personnes robustes tout à fait bien portantes.

La *malpropreté* due à la négligence du malade ou à sa profession, les chagrins profonds et prolongés, l'habitation dans les lieux humides etc., etc., peuvent être considérés comme causes prédisposantes qui sur la moindre cause occasionnelle peuvent donner lieu d'emblée à un cancer du pavillon de l oreille ou bien à un eczéma ou psoriasis qui, mal soignés ou même quelquefois bien soignés se transforment en un cancer. Est-ce que l'eczéma ou le psoriasis se transforment en cancer à la suite d'un traitement mal dirigé ou bien le cancer débute sous cette forme ; nous n'en savons rien. Ce que l'on sait, c'est que ces lésions ne deviennent pas toutes les fois cancéreuses et qu'il y a des cas où le psoriasis ou l'eczéma de début n'a pas été négligé au point de vue de la propreté et que cela n'a pas empêché le greffement du cancer.

Certains auteurs ont pensé à la possibilité d'une

prédisposition à une diathèse cancéreuse, ce qui est possible sans pouvoir l'affirmer.

En somme la question d'étiologie du cancer du pavillon de l'oreille est encore à l'étude et pour le moment, en se basant sur les observations cliniques on peut donner une grande place aux irritations surtout produites par un eczéma ou psoriasis et accompagnées de malpropreté.

———

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de l'épithélioma du pavillon de l'oreille est très variable suivant que la lésion débute d'emblée ou qu'elle est consécutive à une lésion de certaine région environnante.

L'étude des observations se rapportant à ce sujet nous montre que, dans certains cas, la lésion débute ou se greffe soit sur une plaque de psoriasis, soit sur des îlots d'eczéma scrofuleux, herpétique, impétigineux ; et l'on voit, à la chute artificielle ou spontanée des squames ou des croûtes, une petite ulcération superficielle, ou grenue et rosée, ou lisse et grisâtre. Cette surface ulcérée laisse quelquefois s'écouler deux ou trois gouttes de sang ; elle fournit toujours une faible quantité d'une humeur claire citrin, qui, en se séchant, forme des croûtes qui n'ont plus l'aspect des squames épidermiques du début. Leur surface est inégale, leur couleur jaune ou grisâtre, quelquefois même presque noire, lorsqu'elle a été accompagnée d'une légère hémorragie capillaire. Quelquefois, on voit l'épithélioma débuter par une pustule, par une engelure, par une fente linéaire et saignante, à bords durs, saillants et hypertrophiés ou enfin par une verrue comme chez notre malade.

D'autres fois, enfin, on voit naître sur un point du pavillon une petite tumeur de volume variable, formée par le développement exagéré, par l'hypertrophie de quinze ou vingt papilles.

Cette tumeur est dure au début, plus ou moins mobile, recouverte sur toute sa périphérie d'une couche épidermique épaisse, de couleur grisâtre ; cette tumeur transforme quelquefois tout le pavillon de l'oreille en une masse charnue très irrégulière, présentant de nombreuses éminences, qui, sur une coupe, répondent au sommet des papilles hypertrophiées.

Entre ces éminences, on distingue des sillons plus ou moins profonds et irréguliers, qui parcourent toute la masse morbide et sont en partie comblées par un détritus jaunâtre ou jaune rougeâtre, mélange de pus, de sang et de débris épithéliaux.

Au début, la lésion, quelle que soit sa forme primitive, n'est généralement pas douloureuse ; le malade éprouve de petits picotements, des démangeaisons vives ; il ne peut pas éviter de se gratter et de produire ainsi une irritation de la lésion ; il enlève les croûtes qui ne tardent pas à se reproduire et ainsi de suite. Comme conséquence de toutes ces maneuvres, il se produit bientôt une petite plaie qui n'offre aucune *tendance à la cicatrisation*. C'est à partir de ce moment que la maladie entre dans la *période d'ulcération*.

L'ulcère de l'épithélioma, parfois régulier et arrondi, est plus souvent sinueux et comme déchiqueté ; ses bords ont la forme de bourrelets saillants, rouges inégaux, taillés à pic. Au delà de ces bords indurés, fréquemment la peau est marquée de stries vasculaires, qui peuvent s'étendre au loin ; le fond de l'ulcère excavé ou couvert de bourgeons charnus, irréguliers, violacés et saignant au

moindre contact, repose sur une base indurée qui se propage, même en dehors des territoires de l'ulcère. Sa surface est presque toujours recouverte par un liquide *crémeux*, d'une odeur repoussante, qui se dessèche à l'air et forme les croûtes. C'est à ce moment de la marche de la maladie que les malades éprouvent des douleurs lancinantes, revenant par accès irréguliers ; cependant la grande majorité des malades n'éprouvent que des picotements et des démangeaisons, qui rendent leur caractère très irritable et les plongent dans l'insomnie.

En même temps, ils éprouvent une sensation de brûlure au niveau de toute la région de la lésoin.

Cette ulcération, qui est au début tout à fait superficielle, se met quelquefois à bourgeonner et en forme de tumeurs de volume variable. Quelquefois, cependant, elle n'a aucune tendance au bourgeonnement, mais elle envahit les couches vers la profondeur, en augmentant progressivement sa surface de destruction. Le pavillon et même le cartilage sont complètement envahis et finissent par disparaitre, laissant à leur place une vaste surface ulcérée, infundibuliforme, dont le fond est représenté par le conduit auditif externe, recouvert de végétations rougeâtres et saignantes.

La suppuration devient de plus en plus abondante, l'ulcération envahit les régions voisines et, dans la majorité des cas, il se produit des hémorragies, qui sont quelquefois si abondantes et si fréquentes qu'elles emportent le malade.

Au fur et à mesure que le travail de destruction continue, le mal envahit même l'os et quelquefois on peut trouver de petits séquestres. C'est à ce moment-là que certains malades éprouvent des douleurs épouvantables, qui se propagent soit du côté de la langue, du trijumeau.

ou dans l'oreille même, en rappelant les douleurs lancinantes des tumeurs encéphaloïdes.

L'ouïe est dans certains cas conservée. Tous ces désordres sont pendant longtemps purement locaux, mais avec le temps la réaction cancéreuse se manifeste sur l'économie sous deux formes : *l'envahissement ganglionnaire et la cachexie*.

L'envahissement ganglionnaire ne se montre que très tardivement, parfois même il peut faire défaut ; les ganglions envahis occupent la partie du lobule et celle de la région mastoïdienne. On peut très bien les sentir comme des petits grains lisses qui soulèvent les téguments et qui ne sont pas douloureux.

On n'a jamais observé de suppuration ganglionnaire.

L'etat général du malade ne s'aggrave que très tardivement, si ce n'est sous l'influence de l'insomnie etc., etc., inquiet sur la persistance et l'aggravation de son mal ; le caractère devient très irritable et le malade commence à se cachectiser.

Ces malades meurent en général par suite des hémorragies très abondantes, ou quelquefois très fréquentes qui épuisent complètement le malade en lui faisant éprouver des douleurs épouvantables. Dans d'autres cas la lésion envahit silencieusement le conduit auditif externe etc., etc., et le malade meurt dans 24 heures à la suite d'une méningite ou d'un abcès du cerveau.

Ces maladies arrivent très tardivement ; à la période de cachexie on voit les malades maigres, souffrants. Leur peau devient sèche et terreuse, d'une couleur *jaune paille*. La figure exprime la souffrance, la tristesse et le désespoir ; les malades se plaignent de douleurs dans l'oreille

et qu'ils n'entendent plus. Bientôt s'installent les troubles digestifs, la fièvre hectique et la diarrhée, qui épuisent complètement l'organisme et, au milieu de ce tableau désastreux, la mort vient enfin débarrasser le malade de ses souffrances.

DIAGNOSTIC

Au point de vue diagnostic, nous devons distinguer trois périodes.

Nous savons, en effet, par les faits exposés dans la symptomatologie du cancer du pavillon de l'oreille, qu'on peut distinguer trois périodes dans l'évolution de la maladie : 1° période de début ; 2° période d'ulcération, et 3° période d'envahissement ganglionnaire et de cachexie. Nous devons donc faire le diagnostic de chacune de ces trois périodes.

Ce diagnostic est facile à la fin de la deuxième période, c'est-à-dire à la période d'ulcération comme pendant la troisième ; cependant il n'en est pas ainsi pendant la première ou tout à fait au début.

En effet, lorsque la maladie n'est encore qu'à l'état d'hypertrophie papillaire, de papillome corné, de tumeur verruqueuse, il est extrêmement difficile de poser un diagnostic certain. Combien de praticiens ont affirmé aux malades d'emblée la bénignité de l'affection, et cependant le mal s'aggravait et arrivait à un résultat déplorable !

Voilà pourquoi le praticien doit conseiller au malade de revenir dans un certain temps, pour surveiller attenti-

vement l'évolution et les progrès du mal, avant de se prononcer définitivement.

Lorsque la maladie entre dans sa dernière période, période d'ulcération, le diagnostic devient plus facile, bien qu'il existe encore à cette époque plusieurs causes d'erreur. En effet, on peut confondre les ulcérations cancéreuses avec celles d'origine scrofuleuse, herpétique, syphilitique, les kystes sébacés, enflammés et ulcérés. Cependant on doit se rappeler que les ulcères scrofuleux se montrent en général chez les enfants et les jeunes sujets ; ils sont superficiels, sans noyau d'induration sous-jacents, presque toujours multiples, leur teinte est violacée et on trouve toujours d'autres symptômes de la scrofulose.

Les ulcérations tertiaires de la syphilis se reconnaissent à leur aspect, par les antécédents du malade, les autres manifestations syphilitiques concomitantes et enfin le contrôle par l'iodure de potassium.

Quant aux chancres indurés ou chancres mous, on ne les a jamais observés jusqu'à présent sur le pavillon de l'oreille.

La présence de petites vésicules qui se rompent en laissant échapper un suintement séreux ou séro-purulent qui se concrète à l'air, nous fera toujours penser à l'eczéma aigu. Quelquefois il peut occasionner un gonflement considérable du pavillon, qui prend l'aspect d'une masse informe ; cependant, sous l'influence d'un traitement propre et bien surveillé, on verra que la lésion cèdera dans très peu de temps. Il se peut bien que cette poussée aiguë passe à l'état chronique et occasionne de vives démangeaisons ; le pavillon s'ulcère, se couvre de croûtes épaisses avec sécrétion séreuse abondante ; cependant il est rare qu'on ne trouve pas de manifestations soit sur la figure, soit sur le cuir chevelu, mais ce n'est qu'un

simple eczéma et il cède facilement au traitement.

Un diagnostic différentiel peut se présenter dans le cas d'ouverture d'un kyste sébacé qui, en se desséchant, forme à la surface une croûte qui donne un aspect tout à fait semblable à celui de l'épithélioma ; dans ce cas, les renseignements du malade sont très utiles et il nous dira que le mal a débuté par une tumeur arrondie, lisse, fluctuante qui, au bout de quelque temps, s'est perforée et a donné naissance à la lésion.

On peut songer encore à un sarcome et il est très difficile dans certains cas de le distinguer ; cependant on se souviendra toujours des notions d'âge du malade, de la lenteur du développement de la tumeur, de sa bénignité temporaire et primitive, de la rareté de la généralisation et, enfin, de ce que le sarcome n'attaque jamais si profondément la santé générale. Dans certains cas on aura le concours d'un examen microscopique qui tranchera très bien la question.

Enfin, sans vouloir dire que le cancer du pavillon de l'oreille s'accompagne toujours de cette odeur si spécifique du cancer viscéral, elle y existe cependant dans beaucoup de cas ; il suffira de sentir cette odeur de près, à condition que le praticien possède cette dernière dans son esprit.

Nous ne voulons pas fermer ce chapitre sans dire quelques mots sur la marche et la durée de la maladie, qui ont une importance. En effet, si on poursuit la question dans toutes les observations, on verra que la marche ainsi que la durée de la maladie est extrêmement variable, et qu'il y a des cas, comme celui de Sédillot, où la totalité du pavillon a été détruite en trois semaines, et que Velpeau, comme Duplay, considèrent la marche et la durée comme extrêmement rapide D'autres, comme les cas de notre

maître, M. le Professeur Tédenat, en 10 ou 15 mois, et enfin, d'autres en plusieurs années. Quoi qu'il en soit, on peut dire qu'en général la marche est lente et la durée assez longue, et que, en se basant sur cela, sur l'âge des malades et en observant attentivement tous les points que nous avons cités, qui peuvent servir pour faire le diagnostic, le praticien arrivera à le faire dans la majorité des cas.

PRONOSTIC

Nous croyons que nous nous sommes arrêté assez longuement sur la symptomatologie et le diagnostic, et il nous semble qu'il sera facile de se prononcer sur le pronostic du cancer du pavillon de l'oreille. Il est évident que le pronostic sera grave ou favorable suivant le degré de la maladie, suivant la marche de celle-ci, suivant l'état général du malade et, enfin, suivant l'espèce de cancer. En effet, pour l'espèce du cancer du pavillon, on a remarqué que l'épithélioma papillaire est moins grave que l'épithélioma ulcéreux, puisqu'il progresse plus lentement et, enfin, qu'il se prête mieux à l'intervention chirurgicale.

Un autre point très important au point de vue du pronostic, c'est la tendance d'envahissement du conduit auditif externe, puisque cet envahissement, en général, a une marche rapide ; on voit très bien le danger de la possibilité d'une ulcération de la carotide, d'une part, ou les accidents du côté du cerveau, d'autre part.

Sans vouloir nier que le cancer du pavillon de l'oreille diagnostiqué d'emblée et opéré tout de suite est parfaitement curable et, par conséquent, a un pronostic favorable, nous pouvons dire, qu'en général, le pronostic est tout à fait défavorable et voici pourquoi : c'est qu'en poursui-

vant, la marche de la maladie et l'état dans lequel les malades se présentent auprès du chirurgien, dans toutes les observations, on voit que dans la grande majorité des cas, les malades, grâce peut être à la marche silencieuse et indolore de la maladie, ne vont consulter le chirurgien que trop tard, c'est-à-dire qu'au moment où la maladie est déjà trop avancée, ou bien, si c'est au début qu'ils ont vu le médecin, dans beaucoup de cas il est difficile de le diagnostiquer, ou, si le diagnostic est posé, ils n'acceptent jamais l'ablation de la tumeur sous le motif de ne pas se déformer la figure pour un bouton de rien du tout ! Devant des circonstances pareilles, ils se contentent des applications de différentes pommades ou quelquefois des cautérisations superficielles qui, dans tous les cas, non seulement ne font rien du tout au point de vue du traitement, mais, au contraire, aggravent la maladie par irritation.

Une autre chose qui rend le pronostic si défavorable, c'est la possibilité d'une *récidive*, car il y a des cancers malheureusement si malins que rien ne peut les empêcher de *récidiver* et, chose déplorable pour le malade, c'est que, si après l'opération la récidive survient, la maladie prend une marche très rapide et tue le malade dans très peu de temps. Nous devons remarquer qu'on ne doit jamais se baser sur l'absence d'envahissement ganglionnaire pour en retirer un pronostic favorable ; car dans plusieurs des observations citées on voit des cancers du pavillon de l'oreille très malins sans retentissement ganglionnaire.

En somme, le pronostic est défavorable à cause de l'envahissement des régions environnantes qui expose le sujet à des accidents déjà nommés, avant que la mala-

die arrive à sa dernière période ; et ensuite c'est la crainte d'une récidive qui accélère la marche de la maladie. Malgré tout cela, on a observé plusieurs cas de guérison et le chirurgien ne doit jamais désespérer, mais il doit opérer attentivement, largement et de bonne heure.

TRAITEMENT

L'idée d'une méthode curative du cancer a préoccupé même les plus anciens. En effet, lorsqu'on poursuit l'histoire du cancer, on voit que cette affection a été connue même d'Hippocrate, et ce qui nous démontre qu'il s'était occupé de son traitement, c'est qu'il l'avait parfaitement reconnu pour une maladie incurable, disant « qu'il vaut mieux ne faire aucun traitement aux personnes atteintes de cancer, car si on les traite, elles meurent rapidement : si on ne les traite pas, leur vie se prolonge ».

Avec Galien et ses élèves vient la période chirurgicale du traitement du cancer par le fer rouge, et plus tard on a commencé l'emploi du bistouri.

C'est beaucoup plus tard que les médecins arabes ont commencé à employer différentes drogues.

Dans notre temps on a recommencé l'emploi du fer rouge et du bistouri. En effet, nous voyons Sédillot, Bouisson, etc., s'en servir.

A la suite de ces interventions sanglantes, les médecins ont été frappés de la récidive, et ils se sont mis à la recherche de différentes drogues qu'on a inventées en si grand nombre, que la thérapeutique du cancer présente une véritable anarchie.

Dernièrement, on s'est occupé de la recherche des sérums, etc., etc. ; cependant, dans les expériences, les cas de guérison ne sont pas du tout affirmatifs, et en somme on peut dire que pour le moment le meilleur remède est encore l'extirpation par le bistouri.

Nous diviserons le traitement du cancer du pavillon de l'oreille en trois groupes :

1° Traitement curatif, qui nous servira pour les cancers au début ou encore opérables ; 2° traitement palliatif, c'est-à-dire pour les cancers inopérables, et 3° traitement général.

Sous le nom de traitement curatif nous comprenons non seulement un traitement susceptible d'assurer une guérison définitive, mais encore celui qui est capable d'atteindre la guérison pour un temps plus ou moins long.

Pour obtenir ce résultat, le chirurgien a entre ses mains deux moyens : la cautérisation et l'extirpation

Nous ne parlons pas des différentes applications de tous les remèdes qui ont été employés jusqu'à présent, comme : pommades mercurielle, iodée, iodurée, digitale, etc., etc., aucun de ces médicaments, préconisé par différents médecins, n'a une efficacité réelle ; quelquefois, ils agissent sur le moral du malade et le soulagent, mais au fond ils aggravent le mal par l'irritation qu'ils occasionnent.

La cautérisation consiste à détruire sur place, par les caustiques, toutes les parties atteintes en les convertissant en une eschare qui, par sa chute, entraîne la partie malade. On peut arriver à cela par la pâte de Vienne et la pâte de Canquoin.

Dès maintenant il nous faut remarquer le moment où cette méthode peut être employée, c'est dès le début de la maladie, lorsqu'il n'existe qu'une légère ulcération.

On a eu recours à quantité d'autres caustiques, caus-

tiques liquides etc. ; et, sans vouloir nous arrêter, nous ferons remarquer qu'en dehors du chlorure de zinc, qui représente le meilleur caustique et le plus efficace, les autres ne méritent pas d'être cités.

Maisonneuve avait préconisé la cautérisation en flèche.

M. le Dr Filaretopoulo (Athènes) a cité quelques guérisons et plusieurs améliorations, en employant la méthode suivante : une bonne antisepsie de la région ; appliquer sur l'ulcération un petit tampon imbibé d'acide phénique pur, le laisser agir 5 à 6 minutes ; après cela, enlever le tampon, laver l'ulcère, et appliquer un pansement en mettant sur l'ulcère du coton trempé dans une solution saturée de chlorate de K. Il fait cela pendant 10 jours ; s'il n'observe pas d'amélioration, il enlève la tumeur au bistouri. Il a eu beaucoup plus de succès en remplaçant l'acide phénique par l'acide pyrogallique au 1/10.

Il conseille cette application permanente du pansement de chlorate de K après l'intervention chirurgicale ; la récidive serait moins fréquente.

Morgan (*Revue des maladies cancéreuses*) cite plusieurs guérisons de cancer cutané par l'application de la pâte de Marsden :

Acide arsénieux.	*àà*
Gomme arabique pulvérisée. . .	
Eau.	q. s.

On en étend une couche épaisse sur l'ulcère pendant 15 à 20 heures.

S'il n'y a pas ulcération, on la provoque avec un crayon de potasse caustique.

Pinkoslowsky (Médycyna 1897) cite des guérisons par l'extrait de chélidonium majus :

Chélidonium.		
Eau distillée.		àà
Glycérine.		

Faire une injection tous les trois jours dans l'intérieur et autour de la tumeur.

La méthode de Cerny-Trenceck consiste en l'application de l'acide arsénieux en commençant par une solution au 1/500 — 1/100 et finissant par 1/50 et même plus forte.

M. Gauchet, dans son traitement de l'épithélioma superficiel de la peau, s'exprime ainsi : « Si la lésion est trop étendue et ne peut être enlevée complètement, si les ganglions sont pris, si la marche est rapide ou très lente on ne doit pas toucher au néoplasme et il faut se contenter de tenir propre la lésion par des antiseptiques ; on peut recourir au bleu de méthylène, etc. »

Dans tous les autres cas il faut enlever la tumeur et M. Gaucher préfère comme moyen radical la cautérisation ignée à l'aide du galvano ou du thermo-cautère.

Il préfère le caustique de Manec :

Acide arsénieux	2 gr.
Sulfate de Hg.	6 gr.
Eponge calcinée	12 gr.

On mélange avec un peu d'eau, de façon à former une pâte. L'eschare tombe au bout de 15 jours (*Presse médicale*, novembre 1900).

M. Jaboulay, partant de l'idée que le microbe du cancer peut être semblable au parasite de Laveran (hématozoaire du paludisme), a traité une femme atteinte d'une récidive du cancer du sein par des injections sous cutanées de bromhydrate de quinine.

Il a fait, d'abord, une injection intra-fessière de 0,06 centigr. de calomel dissous dans l'huile de vaseline et concurremment pendant une semaine des injections sous-cutanées de bromhydrate de quinine à la dose de 0,15 centigr. par jour. De cette façon il a obtenu une bonne amélioration et presque une guérison (*Presse médicale* du 30 juin 1900).

Dans le *Journal de médecine et de chirurgie*, par Lucas Championnière, le même auteur conseille des applications superficielles sur l'ulcère d'une solution à 10 0/0 de bromhydrate de quinine, et, en plus, en donner aux malades à l'intérieur, en cachet de 0,50 centigr. à 2 gr par jour et de bien les surveiller ! L'auteur finit en disant : « il faut patience et surveillance de près des malades, comme pour les paludés et syphilitiques, c'est-à-dire longuement ».

Il cite la rareté du cancer dans les pays de malaria, c'est-à-dire là où on prend souvent de la quinine, et enfin il conseille de faire les injections un peu loin de la tumeur.

Toutes ces méthodes ont réussi entre les mains de certains praticiens et, chez d'autres, elles ont échoué ; on en est venu à faire cette conclusion : c'est que ces différentes méthodes comme les remèdes, pour les autres maladies, agissent selon la personne, selon la disposition de son organisme et qu'en somme le praticien ne doit pas désespérer, mais doit suivre attentivement et avec patience la marche de la maladie et varier les méthodes avec l'espoir de réussir.

Toutes les cautérisations présentent des inconvénients : d'abord c'est une méthode extrêmement douloureuse qui, par sa lenteur, laisse progresser la maladie; pour ce motif on doit la pratiquer dans des circonstances exceptionnelles et on doit toujours lui préférer l'extirpation.

l'ablation d'une partie ou de la totalité du pavillon de l'oreille, bien entendu, à condition que le cancer soit attentivement jugé opérable. On doit toujours opérer au bistouri. On se laissera guider, pour la technique opératoire, par le cas particulier que l'on aura sous les yeux ; cependant, le chirurgien doit toujours avoir dans son esprit la possibilité d'une récidive et, par conséquent, il doit toujours tâcher d'enlever tout le mal, c'est-à-dire opérer le plus largement possible.

Cette opération doit être faite au plus tôt, car plus on opère au début de la maladie, plus on a des chances de se mettre à l'abri des récidives.

2° *Traitement palliatif.* — Ce genre de traitement doit être employé dans les cas désespérés, c'est à-dire là où la maladie est trop avancée, là où les régions voisines sont envahies, les ganglions pris et où la cachexie est déjà survenue, en un mot là ou le chirurgien a jugé le cancer inopérable. Dans ce cas, le rôle du chirurgien n'est que de soulager le malade autant que possible; de calmer ses douleurs par des applications narcotiques ou par des injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, tant qu'il n'y a pas de contre-indications. Il doit pratiquer des pansements propres, accompagnés par des lavages abondants au permanganate de K, solution chloratée, et qui non seulement soulagent le malade, mais atténuent cette fétidité si désagréable qui repousse l'entourage du malade et qui, par conséquent, rend le malade tout à fait malheureux.

Une autre complication, la plus grave, qui doit préoccuper le chirurgien et qui l'oblige à une surveillance de près, c'est la possibilité d'hémorragies. Dans les cas où elles sont légères, le chirurgien doit avoir recours à l'application de perchlorure de fer pour les éviter, car souvent ré-

pétées, elles épuisent complètement le malade. Dans le cas d'une hémorragie forte à la suite d'ulcération d'une grosse artère, le chirurgien peut être appelé à faire une compression directe ou une ligature.

3° *Traitement général.* — Nous savons très bien que le traitement général est la base de toutes les maladies et qu'ici il doit préoccuper le chirurgien.

Celui-ci ne doit jamais oublier que les cancéreux sont des gens plus ou moins intoxiqués et qu'ils ont besoin d'un organisme capable de lutter contre cette intoxication permanente. Voilà pourquoi nous insistons beaucoup pour soutenir par des toniques les malades qui ont à peu près conservé leurs forces et diriger une thérapeutique très énergique sur ceux qui sont épuisés.

Comme conclusion, nous croyons être près de la vraie thérapeutique au moins jusqu'à la découverte de la cause du cancer et son remède spécifique en employant la méthode suivante :

1° *Pour le cancer opérable* ; dès que le diagnostic est fait, le chirurgien doit toujours montrer au malade les conséquences graves, insister autant que possible pour l'extirpation, car les malades porteurs de cancer du pavillon de l'oreille se décident très difficilement à se faire enlever le pavillon de l'oreille ou même une partie, parce qu'ils ne comprennent pas la gravité de la maladie et que l'idée de la déformation de la figure les préoccupe toujours. Si le malade ne veut pas se laisser opérer, malgré les conseils du médecin, on doit employer la méthode de M. le docteur Filaretopoula (Athènes), en la combinant avec la méthode de M. Jaboulay (l'emploi seul de bromhydrate de quinine en cachets ou en injections). Nous

conseillons cette méthode en nous basant sur la majorité des guérisons obtenues dans toutes les observations citées jusqu'à présent. Nous la combinons avec la méthode de M. Jaboulay, nous basant sur ses observations vraiment rigoureuses, faisant remarquer que si la méthode doit réussir, elle empêchera la récidive et, dans le cas contraire, la quinine ne fera pas de mal, mais au contraire provoquera une action tonique sur l'organisme, à condition de surveiller de près le malade.

Enfin, si l'état général du malade est mauvais, on le remontera par des toniques en lui faisant éviter les aliments toxiques (la viande noire, gibier, etc.) et surtout par des *lavements salés*. Nous insistons beaucoup sur ce dernier moyen pratiqué par notre maître M. le professeur Tédenat, car nous avons observé un bon nombre de malades atteints de différentes maladies qui, arrivés à une période de cachexie et sous l'influence de ces lavements salés, se sont remontés très bien. Il faut se rappeler que les cancéreux sont des malades intoxiqués et que les lavements salés favorisent l'élimination des toxines.

Si le malade se laisse opérer au premier conseil de la part du médecin, il doit être opéré, et nous croyons qu'on ne fera pas mal de combiner dans ce cas aussi la méthode de Jaboulay, pour le même motif que nous avons exposé ci-dessus ; ou bien on pourra appliquer la pratique du Dr Filaretopoulo, c'est-à-dire faire les pansements au chlorate de K. Nous ne voulons pas revenir sur l'importance de l'état général, il est incontestable qu'il est encore plus à surveiller, puisque le malade doit subir une opération.

2° *Le cancer est inopérable*. — Dans ce cas-là, on doit se contenter de surveiller le malade et, quoique le chirur-

gien n'ait rien à faire, il ne doit pas l'abandonner, mais il doit s'occuper de son état général, calmer ses douleurs et, puisque la non-intervention ne lui sera pas reprochée, il aura du temps pour essayer toutes les méthodes que nous avons citées. Il arrive des cas où une de ces méthodes réussit, et le chirurgien sera récompensé par une amélioration ou bien une guérison.

Enfin, lorsque le cancer est arrivé à sa dernière période, on doit se contenter de calmer les souffrances du patient et de laver constamment la partie malade pour éviter les souffrances, la fétidité répugnante pour l'entourage.

Nous avons tiré cette conclusion de l'étude de nos observations et nous croyons être près de la vraie thérapeutique du cancer du pavillon de l'oreille, du moins en nous basant sur l'état actuel de la science.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Personnelle)

N... (Ernest), âgé de 72 ans, né à Branouse (canton de la Grand'Combe, département du Gard), est entré à l'Hôpital Suburbain au service de M. le professeur Tédenat, le 21 avril 1902, pour des végétations ulcérées qui remplissaient toute la conque, et en arrière, les deux tiers du sillon auriculo-mastoïdien de son oreille gauche.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts de vieillesse. Rien de particulier du côté de la famille.

Antécédents personnels. — Le malade présente une bonne constitution ; il n'a jamais été malade. Jusqu'à l'âge de 25 ans il a été cultivateur, et après, il a commencé à travailler dans les mines de Bessèges, où il est resté pendant 15 ans. Pendant ce temps, il a eu une pleurésie gauche, il a été bien soigné ; après quoi, sur les conseils de son médecin, il a quitté ce métier et s'est fait de nouveau cultivateur. A partir de ce moment il a joui d'une bonne santé.

Jamais aucune maladie ni boutons sur la figure, ni sur le corps. Jamais de l'*eczéma* dans aucun endroit. Jamais aucune excoriation ou piqûre, ou la moindre écorchure sur le pavillon de l'oreille.

Le malade a toujours été un peu dur d'oreille. Cette dureté a commencé par l'oreille gauche depuis son engagement dans les mines. Elle augmentait progressivement mais très lentement, dans les deux oreilles, mais surtout à gauche.

Jamais des écoulements par les oreilles, jamais aucun accident.

Il y a *trois ans*, le malade s'aperçut d'un bouton gros comme une lentille, situé tout à fait sur le bord postérieur du méat du conduit auditif externe. Ce bouton comme une verrue, un peu dur mais d'aspect inconnu pour le malade, lui procurait de petites démangeaisons qui le tracassaient et l'obligeaient à y porter les ongles. Il a fini par se le faire couper par un de ses amis. Après cette coupure, le bouton est revenu de nouveau, et il se produisit une croûte qui donna au malade la sensation que le bouton augmentait de volume. Les démangeaisons persistaient toujours et le malade enlevait la croûte avec ses ongles, chaque fois qu'il y portait les doigts, sans éprouver des douleurs, sans hémorragies, sauf qu'il se sentait le doigt un peu mouillé, mais ce n'était pas du sang.

Un an après, il se décida à se faire voir au médecin du village, qui le soigna avec des pommades pendant deux mois, et lorsque celui-ci vit qu'il n'y avait pas d'amélioration, il déclara au malade que le mal était sérieux et qu'il faudrait *peut-être* enlever le pavillon. Le malade a refusé de se laisser opérer, et il a accepté une cautérisation de la lésion.

Pendant toute la deuxième année, depuis l'apparition primitive de son bouton, le malade se contenta de l'emploi de pommades et d'une cautérisation et pendant tout ce temps-là il sentait, nous raconte-t-il, que le bouton

grandissait, il le sentait sortir, progresser du côté de la conque et en même temps il devenait plus dur d'oreille. Les démangeaisons persistaient toujours sans écoulement de sang et sans douleur...

Il y a un an, le malade se décida de nouveau à se faire cautériser la tumeur par un fer rouge. Le mal progressa encore plus, et dans deux mois on a remarqué non seulement que le mal progressait en avant, mais encore en arrière, dans le sillon auriculo-mastoïdien ; au niveau du tiers inférieur était sorti un autre bouton *dur*, rond, d'aspect violacé, qui produisait des démangeaisons et qui grandissait très vite. Le médecin a appliqué un caustique liquide et l'ulcération est apparue, tout en grandissant très vite. Après tant de manœuvres le mal était assez avancé et le malade se décida à venir à l'Hôpital Suburbain le 21 avril 1902.

Etat actuel : Dès le lendemain de son entrée, nous avons assisté à l'examen fait par M. le professeur Tédenat. Le malade ne présente rien de particulier sur les autres organes ; il mange et digère bien. Sa santé est complètement conservée, si ce n'est la lésion du côté de l'oreille qui attire notre attention. Il avait déjà perdu l'ouïe ; il entend cependant la montre à 10-15 centimètres avec son oreille droite. Celle de gauche n'entend rien. Sur son pavillon gauche il présente une tumeur qui occupe le devant et qui semble perforer le cartilage du pavillon et venir envahir en arrière le sillon auriculo-mastoïdien.

En avant, la tumeur occupe tout le pourtour de l'orifice externe du conduit auditif, sans cependant l'obstruer complètement, puisque le stylet passe assez facilement : elle remplit toute la conque. La face postérieure et tout le bord du tragus sont pris ; de là la tumeur descend et envahit tout le tiers supérieur du lobule, remonte en haut,

envahit l'antitragus, tout l'anthélix pour se confondre avec les bourgeonnements de la tumeur qui débordent la conque et envahissent la fossette triangulaire. L'hélix du pavillon est respecté par la tumeur, sauf quelques petits bourgeons dans la gouttière.

Cette tumeur, prise dans son ensemble, présente une masse bourgeonnante comme un chou-fleur, d'aspect pâle violacé (grisâtre). Ces bourgeons ne forment qu'une couche, sur la région citée, d'une épaisseur d'un centimètre. Au niveau de l'orifice du conduit auditif externe et au centre de la conque, elle présente des ulcérations de la grandeur d'une pièce de un franc, pas trop profondes, à fond sanieux, qui donnent issue à un liquide blanc, crémeux, galactoforme, miscible à l'eau avec une odeur repoussante, tout à fait spécifique au cancer, sans cependant être si marquée comme dans le cancer viscéral. Les bords de ces ulcérations sont taillés à pic et ils reposent sur une base indurée et autour d'eux sont disposés des bourgeons — des végétations — de grandeurs différentes jusqu'au volume d'un pois, avec des bords mousses, grisâtres, renversés en dedans, assez réguliers, polis, et qui, en promenant le doigt sur leurs surfaces, donnent la sensation d'une masse composée par l'agglomération de végétations polies.

Plusieurs de ces végétations sont recouvertes par des croûtes noirâtres. Elles saignent facilement, surtout les ulcérations.

En arrière, dans le sillon auriculo-mastoïdien on voit une autre tumeur ulcérée sur toute sa surface. Elle présente la forme d'une ellipse avec des excavations d'un demi-centimètre au niveau de son petit axe. La tumeur prend son commencement à 1 centimètre 1|2 au-dessus de l'extrémité inférieure du lobule et possède une longueur de 5 centimètres 1|2. Elle déborde le sillon d'un centi-

mètre à peu près du côté de l'apophyse mastoïde. Elle est très superficielle, ulcérée sur toute sa surface, sauf les bords, qui présentent de petites végétations d'aspect analogue à celui de la région antérieure.

Ce grand ulcère est assez superficiel. Il présente une surface grisâtre, elle saigne au moindre contact, recouvert par-ci par-là par des croûtes noirâtres et donnant issue à un liquide crémeux. Tout autour, tout le pavillon et même la région mastoïdienne présentent une couleur rouge-violacé.

Malgré cela, le malade ne présente pas un seul ganglion périauriculaire. Pas de douleurs. Pas d'élancements. Il se porte très bien. Pas de traces de cachexie.

En présence d'un tableau pareil, cet aspect des végétations et surtout ces ulcérations avec ce liquide et cette odeur si spécifique du cancer, quoique dans notre cas elle ne soit pas si accentuée, cependant en se rapprochant on la sent, M. le professeur Tédenat, sans hésitation, pose le diagnostic : cancer du pavillon de l'oreille, car la lésion occupe le pavillon et quoiqu'elle ait débuté par l'orifice externe du conduit auditif, elle a respecté ce dernier. Nous l'avons examiné et nous n'avons rien trouvé. Le malade est resté quelque temps à l'hôpital ; on lui faisait des pansements propres, des applications au bleu de méthylène, et la lésion ne faisait pas grand progrès. Il n'éprouve rien et il hésite à se laisser opérer.

Etant donné l'âge du malade, la marche de la maladie, cette surface assez vaste, rubéfaction autour de la tumeur, M. le professeur Tédenat n'a pas voulu l'opérer et le malade a quitté l'hôpital le 12 mars 1902 pour rentrer chez lui muni d'une ordonnance : des applications de bleu de méthylène sur la tumeur.

Nous regrettons beaucoup de n'avoir pu appliquer cer-

taine méthode de traitement que nous exposons dans notre travail, car le malade a voulu partir et nous n'avons pu le suivre.

Observation II

Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat

Epithélioma du lobule de l'oreille. Excision, autoplastie. Guérison.

Mme G..., 51 ans, ménopausée à 43 ans, arthritique scléreuse. Nombreuses plaques de séborrhée concrète. Le lobule de l'oreille droite est dans sa moitié inférieure détruit par une ulcération à fond lisse, à bords fissurés, durs, qui a débuté il y a cinq ou six mois.

Le 3 mai 1893, M. Tédenat excise tout le lobule, puis taille un lambeau dans la région sous-mastoïdienne à base antérieure. Une légère torsion permet l'application facile du lambeau, qui est fixé par deux points de suture. La plaie est suturée par trois points de suture. Pansement sec.

8 mai. — Réunion complète, fils enlevés.

M. Tédenat a revu la malade en novembre 1896 ; la guérison persistait, mais une ulcération commençait à se produire à la région de l'aile droite du nez. Des applications de chlorate de potasse en solution concentrée en ont amené la guérison.

Observation III

(Résumée)

Due à M. Campbell. Empruntée à la thèse de Treillet, 1802

Une femme de la vallée de Vipal, possédait sur l'hélix de ses deux oreilles deux tumeurs qui attiraient les oreilles en bas et recouvraient le méat auditif externe,

de façon qu'ils empêchaient beaucoup l'audition. La surface de ces tumeurs était inégale ; elles étaient charnues, mais fermes ; leur tissu, suivant le docteur Campbell, ressemblait à celui du mammary sarcoma.

Les tumeurs avaient été enlevées par un simple coup de bistouri ; les plaies s'étaient cicatrisées promptement et les oreilles avaient repris leur position normale.

Observation IV

(Résumée)

Par Kramer. Treillet (thèse de Paris. 1802)

Un jeune paysan, affecté de la teigne, éprouva vers l'âge de 8 ans, une démangeaison à l'oreille droite, à la suite de l'envahissement du pavillon par la maladie. L'oreille, rouge et gonflée, resta dans cet état plusieurs années. Vers l'âge de 15 ans, la maladie a eu une poussée aiguë, et à 20 ans, le pavillon ne présentait qu'une masse informe, parsemée de tubercules. Il y avait de la suppuration. Le docteur Fischer enleva l'oreille entière avec le bistouri et le malade guérit au bout de six semaines

P. S. — Cette observation est douteuse, car l'examen histologique n'ayant pas été fait et en se basant sur la prompte guérison et l'âge du malade, il s'agissait probablement d'une dégénérescence squirrheuse.

Observation V

(Résumée)

Par C. Sédillot (Treillet, thèse de Paris)

Il s'agit d'un malade de 55 ans, porteur d'un cancroïde à marche aiguë, sur le pavillon de l'oreille et qui a été

en totalité détruite en moins de trois semaines. Le conduit auditif allait être envahi. On a appliqué le fer rouge à plusieurs reprises sur l'ulcération et on a obtenu une cicatrice solide. L'auteur prétend que c'est le seul moyen qui lui ait réussi

Observation VI

(Résumée)

Par Volpian (*Gazette des Hôpitaux*, 1865, page 106)

Un malade de 67 ans, dans le service de M. Velpeau, à l'hôpital de la Charité, portait au niveau du tragus, une petite tumeur du volume d'une aveline, d'une consistance charnue, et avec une ulcération d'une étendue de 7-8 millimètres. La tumeur a débuté par un petit bouton que le malade avait arraché.

Un médecin avait déjà fait une ablation, et comme cette ablation n'était pas probablement assez large, la tumeur a récidivé.

M. Velpeau a diagnostiqué une tumeur cancéreuse et il a pratiqué une extirpation assez large. L'opération se fit sans anesthésie, et elle a été suivie d'une cicatrice assez solide.

Observation VII

(Résumée)

Demarquay (*Gazette des hôpitaux*, 1869, nº 111, page 449)

M. X..., âgé de 70 ans, entre à la Maison municipale de santé, dans le service de M. Demarquay, pour une petite tumeur qui occupait la partie moyenne de son hélix gauche.

Le malade est assez robuste, malgré les accidents

scrofuleux qu'il a eus, puisque, il y a 30 ans, on lui a fait une amputation de la jambe pour une tumeur blanche du cou-de-pied. A la main gauche on lui a enlevé des doigts pour une carie des os.

Aucun antécédent cancéreux dans sa famille.

Cette tumeur a débuté, il y a 3 ans, par une petite verrue que le malade arrachait bien souvent avec les ongles, et qui se reproduisait chaque fois. Il l'a cautérisée bien souvent par l'acide nitrique.

Depuis 7 à 8 mois, la tumeur a commencé à grossir et a changé d'aspect en formant une croûte brunâtre à base dure.

Si on enlève la croûte, il se produit un écoulement de sang. Légers picotements, pas de douleurs, et de temps en temps élancements dans l'oreille. La tumeur avait une longueur de 6 à 7 centimètres et occupait à peu près la moitié supérieure de l'hélix. Elle possédait 2 centimètres de largeur, et était recouverte par des croûtes noirâtres avec de légères anfractuosités. Pas de ganglions. On a diagnostiqué canroïde du pavillon et on a voulu l'enlever avec des ciseaux ; le malade a refusé et a quitté l'hôpital.

Observation VIII

(Résumée)

Par Bouisson (*Montpellier médical*, juillet 1869).

Un homme âgé de 26 ans, est venu nous consulter en juillet 1849, pour une tumeur ulcérée de l'oreille occupant tout le pavillon, et datant depuis plusieurs années. Le sujet présentait les traits généraux de la diathèse scrofuleuse ; étant jeune il a eu une dermatite exsudative du cuir chevelu. La maladie paraît avoir débuté par une scrofulide

eczémateuse. Il a été atteint d'otorrhée qui est guérie, mais le sujet est resté un peu sourd et sujet à un suintement du pavillon de l'oreille.

Il avait très souvent des poussées d'eczéma avec des suppurations et, en 1819, le mal s'est aggravé, il s'y est produit des fentes avec des ulcérations d'aspect cancroïdal.

A la place des picotements, le malade a commencé à éprouver des élancements dans l'oreille. Le pavillon a augmenté de volume et tout était pris On avait essayé de tout. Toutes les pommades et remèdes à l'intérieur ont échoué.

On a porté le diagnostic de dégénérescence cancéreuse. Les ganglions n'étaient pas pris. On a pratiqué l'ablation du pavillon et la cicatrisation a été vite faite.

L'examen de la tumeur a été fait et le diagnostic confirmé. La guérison a été complète, il y a 20 ans de cela, et le malade n'a pas eu de récidives. L'audition a été à peu près conservée

Observation IX

(Résumée)

Bousson (*Montpellier médical*, 1869)

Altération cancéreuse de la partie postérieure du pavillon de l'oreille. Section de l'organe. Guérison.

M. S..., officier, âgé de 58 ans, vint à Montpellier au mois de février 1868 pour se faire traiter d'une tumeur ulcérée de l'oreille droite occupant toute la portion moyenne du pavillon et ayant détruit le lobule.

Cette affection datait de plusieurs années. Le sujet possédait une bonne constitution et était exempt de diathèse syphilitique et d'antécédents scrofuleux ; mais il avait eu à plusieurs reprises un eczéma du pavillon et

depuis deux ans des élevures tuberculeuses avaient envahi ce point par un travail ulcéreux. Tous les traitements internes comme externes ont échoué comme aussi les différentes cautérisations.

Au moment où nous avons examiné le malade à l'hôpital Saint-Eloi, son lobule manquait et des ulcérations existaient sur le pavillon et se continuaient sur la dépression sous-auriculaire. La base et les bords étaient indurés. Le fond, rouge et inégal, saignait facilement et la surface affectée était douloureuse. Pas d'engorgement ganglionnaire.

On a pratiqué l'ablation totale du pavillon le 7 février.

L'examen de la tumeur a confirmé le diagnostic.

Le malade est sorti complètement guéri.

L'ouïe est restée comme avant l'opération.

Observation X

(Résumée

Par Lannelongue. — Empruntée à la thèse de Th. Lafargue, rédigée par A. Rontin.

M. R..., âgé de 58 ans. Tempérament lymphatique, teint coloré ; pas de syphilis. N'a eu que deux maladies sérieuses dans sa vie : une fièvre intermittente rebelle, à l'âge de 25 ans, qui dura plusieurs mois, et un rhumatisme articulaire aigu et généralisé à l'âge de 40 ans. Au mois de juillet 1873, ce malade, qui présentait déjà depuis 4 à 5 ans une petite croûte d'eczéma impétigineux située sur le lobule de l'oreille gauche, au-dessous de l'antitragus, est pris d'une fièvre ortiée, à la suite de laquelle l'eczéma de l'oreille se réveilla, distendit et colora toute la région. Des douleurs se manifestèrent, la croûte tomba et une

ulcération de nature atonique se montra à la place. Plus tard, et pendant quelques mois, la croûte tombait et se reformait successivement. Pas de ganglions. L'ulcération grandissait au fur et à mesure. Rien n'agit. Au mois d'août, M. Lannelongue a diagnostiqué un épithélioma du pavillon de l'oreille. Au mois de septembre, il a fait une opération. L'état général, qui s'était un peu altéré, se relève sous l'influence de l'opération et le mal paraît marcher vers une cicatrisation rapide (en 2 ou 3 jours). Tout d'un coup une nouvelle poussée eczématique se manifeste et le mal se reproduit et gagne assez rapidement. Rien n'agissait contre le mal.

Vers le mois de décembre, des hémorragies fréquentes se produisent au niveau de l'ulcération. L'état général s'affaisse. Le malade a consulté successivement Lannelongue, Gubler, Lefort, Verneuil, Richet et Gosselin. L'examen histologique fait par le docteur Nepveu conclut à un cancroïde papillaire. Nouvelle opération. La cicatrisation commence et de nouveau poussée eczémateuse et retour de la maladie.

Hémorragies multiples, trois à quatre par nuit. Affaiblissement marqué, engorgement ganglionaire, teinte cachectique. Le malade meurt le 1 novembre 1871.

Observation XI

(Résumée)

Par V. Chalot. — Empruntée à la thèse de M. Lafargue.

E. J..., cultivateur, âgé de 62 ans, est entré à l'hôpital Saint-Eloi, le 21 mars 1876, au service de M. le professeur Courty.

Le malade porte depuis 3 mois une ulcération à la face

postérieure du lobule de l'oreille gauche. L'ulcération, d'après le malade, aurait débuté par une petite fente saignante, située dans la rainure qui sépare en bas et en arrière le lobule de l'oreille de la peau circonvoisine. Aujourd'hui on voit une ulcération irrégulièrement ovalaire à grand axe vertical, de la largeur de 50 centimes. Les bords sont très durs, renversés, surmontés de petites élevures papillaires, d'un rouge violacé ; le fond possède également de ces papilles entre lesquelles existe une matière grisâtre pulpeuse. Cette ulcération saigne facilement au moindre contact, elle est exactement limitée au lobule dont elle tend à gagner la face antérieure.

Tout autour de l'ulcération, le pavillon est rouge. Sa base est dure. Le malade ne souffre pas. De légers picotements et de légères hémorragies fréquentes. Pas de ganglions. Le reste du pavillon complètement sain. Le malade n'a jamais eu la syphilis, pas de dartreux dans sa famille. On a administré de l'iodure de potassium à l'intérieur, et sur l'ulcération de la poudre de Rousselot. Le malade est sorti le 12 mai, avec une guérison complète. On ne sait pas s'il n'y a pas eu récidive.....

Observation XII

Par M. le professeur Tédénat. — Empruntée à la thèse de Treillet (1882)

Jean Pascal, cultivateur, âgé de 68 ans, demeurant à La Vacquerie (Hérault). Excellente santé habituelle. Depuis 3 ou 4 ans cet homme éprouve des démangeaisons, à la face interne du pavillon des deux oreilles ; en hiver, il s'y forme des rhagades très douloureuses, qui parfois saignent. Il y a un an, une petite tumeur s'est formée à

la partie moyenne du bord du pavillon. Elle a été irritée par des pansements malpropres (mélange de suie et de vinaigre...) Actuellement (avril 1874) toute la face interne du pavillon droit est occupée par une tumeur végétante, divisée par des fissures irrégulières en des mamelons formés de bourgeons grisâtres, saignant au moindre contact. Çà et là dans les fissures, on trouve de petits caillots sanguins. Au niveau de la partie inférieure de la ligne d'implantation du pavillon, existe une ulcération profonde, à fond sanieux, à bords épaissis, végétants et indurés. L'ulcération est profonde de 18 à 20 millimètres, et large de 2 centimètres et 1/2 environ. Les ganglions parotidiens et rétro-auriculaires sont tuméfiés, durs.

Malgré de vives douleurs, l'état général est satisfaisant. Solution de chlorate de K. 8 gr. pour 250 gr. H^2O.

20 *avril* 1874. — L'ulcération a gagné en étendue et en profondeur, d'une façon notable. Des hémorragies se sont reproduites à plusieurs reprises. Un ganglion voisin de l'apophyse mastoïde est devenu, depuis 2 ou 3 jours, le siège d'un gonflement considérable et de vives douleurs. Aujourd'hui, il forme une masse nettement fluctuante, du volume d'une grosse noix. A l'incision, il en sort du pus séreux strié de sang noirâtre.

L'appétit a diminué. Le malade est affaibli, sans teint cachectique.

22 *août*. — Le ganglion incisé est transformé en une masse végétante sortant par l'incision. Application d'une solution d'hydrate de chloral, 1 gr. pour 200 gr. d'eau.

27 *août*. — Hémorragie abondante du fond de l'ulcère rétro-auriculaire ; le malade est très affaibli. Je cessai de voir le malade à cette époque. Je tiens les renseignements suivants du docteur Tédenat, mon père : l'ulcération gagna rapidement tout autour de l'oreille, surtout en arrière.

Vers le 10 septembre, des douleurs très vives se produisirent dans la région parotidienne, qui devint le siège d'une tuméfaction aiguë considérable. Dans l'espace de 3 ou 4 jours, la tumeur devint fluctuante, s'ouvrit spontanément et laissa couler une grande quantité de pus sanieux. Au bout de deux ou trois jours, une masse fongueuse se produisit au niveau de l'ouverture et donna lieu à des hémorragies répétées.

Le malade mourut le 6 octobre.

L'autopsie n'a pas été faite.

Observation XII

Par Tédenat. — Empruntée à la thèse de Treillet (1882)

J. D..., âgé de 62 ans, cordonnier, demeurant à Lyon Guillotière.

Le malade a eu plusieurs poussées de psoriasis. Il n'en a pas eu depuis 6 ans. A la face extérieure du pavillon gauche, tout près de la partie moyenne du bord, existe une tumeur dure, formée de petits nodules grisâtres séparés par des fissures saignantes. Les ganglions ne sont ni tuméfiés, ni douloureux. Tout autour de la tumeur, qui a les dimensions d'une pièce de 50 cent., la peau est un peu épaissie.

Cette affection a débuté au mois de mars 1876. Le 10 juin avec des ciseaux j'emporte toutes les parties malades au moyen de deux incisions en V occupant toute l'épaisseur du pavillon. La base du V, dirigée en arrière, a 3 centimètres de long : son sommet occupe la partie moyenne de la conque. Trois points de suture métallique suffisent

pour obtenir une bonne juxtaposition des deux branches du V.

Le 17 juin, la réunion était complète. La déformation assez marquée du pavillon n'amena aucune diminution de l'acuité de l'ouïe.

L'examen microscopique démontra que la tumeur était constituée par un épithélioma lobulé.

En octobre 1880, le malade jouissait d'une bonne santé et rien n'annonçait qu'une récidive cancroïde fût prochaine

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 5 juin 1902
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 5 juin 1902
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !